



КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ

ПОСТАНОВА

від 2019 р. №
Київ

Деякі питання проведення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області

Відповідно до пункту 3 розділу IV “Прикінцеві та перехідні положення” Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” Кабінет Міністрів України **постановляє**:

1. Запровадити з 1 квітня 2019 р. по 31 грудня 2019 р. пілотний проект з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області (далі – пілотний проект).

2. Затвердити такі, що додаються:

Порядок проведення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області;

Порядок використання коштів, передбачених у державному бюджеті для пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області.

3. Установити, що

1) на період дії пілотного проекту абзац третій пункту 2 постанови Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 “Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій” (Офіційний вісник України, 2018 р., № 45, ст.1570) до договорів про медичне обслуговування населення за пілотним проекту не застосовується;

2) на період дії пілотного проекту пункти 7, 11 та 12 Порядку укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 “Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій” (Офіційний вісник України, 2018 р., № 45, ст.1570) до договорів про медичне обслуговування населення за пілотним проектом не застосовується;

3) договори про медичне обслуговування населення за пілотним проектом укладаються в електронній формі з дотриманням законодавства про електронний документообіг до 1 березня 2019 р. на строк з 1 квітня 2019 р. по 31 грудня 2019 р.

4. Ця постанова набирає чинності з дня її опублікування та діє до 31 грудня 2019 р. включно.

Прем'єр-міністр України

В. ГРОЙСМАН

Інд.

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів
України від 2019 р. №

ПОРЯДОК
проведення пілотного проекту з реалізації державних гарантій
медичного обслуговування населення за програмою медичних
гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у
Полтавській області

1. Цей Порядок визначає умови проведення пілотного проекту, який фінансується за бюджетною програмою “Пілотний проект з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області” (далі – пілотний проект), застосовні тарифи і коригувальні коефіцієнти.

2. Дія цього Порядку поширюється на заклади охорони здоров'я, на базі яких реалізується пілотний проект, що зазначені в додатку 1 до цього Порядку, або їх правонаступників.

3. У цьому Порядку терміни вживаються у такому значенні:

1) денний стаціонар – спосіб організації надання медичних послуг шляхом госпіталізації пацієнтів на денний час за умови відсутності показань до цілодобового лікарського нагляду;

2) діагностично-споріднена група (далі – ДСГ) – група клінічних випадків, що характеризуються схожими (пов'язаними за діагнозами) клінічними станами та подібною інтенсивністю використання ресурсів для діагностики і лікування в умовах стаціонару;

3) ваговий коефіцієнт ДСГ – коригувальний коефіцієнт, що враховує характеристики складності клінічних випадків та інтенсивність використання ресурсів для діагностики і лікування в рамках однієї ДСГ відносно до загальної середньої вартості діагностики та лікування клінічного випадку в умовах стаціонару;

4) пролікований випадок – комплекс наданих медичних послуг пацієнту, пов'язаних з лікуванням клінічного випадку в умовах стаціонару, що завершується вибуттям пацієнта зі стаціонару;

5) середній індекс структури випадків – це середнє значення усіх коефіцієнтів ДСГ за пролікованими випадками у стаціонарних умовах в заданому періоді.

4. Інші терміни вживаються у значенні, наведеному в Основах законодавства України про охорону здоров'я, Законі України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" (далі – Закон) та інших законодавчих актах.

5. У пілотному проекті мають право брати участь комунальні заклади охорони здоров'я, зазначені в додатку 1 до цього Порядку, або їх правонаступники, за умови, що вони відповідають Вимогам до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391 (Офіційний вісник України, 2018 р., № 43, ст. 1528) (далі – учасники пілотного проекту).

6. У межах пілотного проекту НСЗУ укладає з учасниками пілотного проекту договори про медичне обслуговування населення на надання медичних послуг амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги, крім послуг, включених до Переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138 (ЗП України, 1996 р., № 18, ст. 501) (далі – договір).

7. Загальна орієнтовна ціна договору розраховується як сума глобальних ставок на медичні послуги амбулаторно-поліклінічної допомоги (у разі надання таких послуг за договором) і медичні послуги стаціонарної допомоги, а також добутку запланованої кількості медичних послуг стаціонарної допомоги, ставки на пролікований випадок і запланованого середнього індексу структури випадків відповідного учасника пілотного проекту, виходячи з даних за попередні періоди.

8. Для оплати медичних послуг амбулаторно-поліклінічної допомоги, у тому числі послуг, що надаються в умовах денного стаціонару, використовується тариф у вигляді глобальної ставки за медичне обслуговування пацієнтів за період з 1 квітня до 31 грудня 2019 року. Розмір глобальної ставки на медичні послуги амбулаторно-поліклінічної допомоги для учасників пілотного проекту встановлений у додатку 1 до цього Порядку.

9. Для оплати медичних послуг стаціонарної допомоги використовується комбінація тарифів у вигляді глобальної ставки за медичне обслуговування пацієнтів за період з 1 квітня до 31 грудня 2019 року та ставки на пролікований випадок. Розмір глобальної ставки на медичні послуги стаціонарної допомоги для учасників пілотного проекту встановлений у додатку 1 до цього Порядку. Розмір ставки на пролікований випадок становить 1 623,00 гривень (далі – базова ставка).

10. До базової ставки застосовуються такі коригувальні коефіцієнти:

1) вагові коефіцієнти ДСГ, що зазначені у додатку 2 до цього Порядку;

2) коефіцієнти рівня стаціонару, що становлять:

для медичних послуг, які надаються учасниками пілотного проекту, що перебувають в управлінні обласної ради, – 1,3;

для медичних послуг, які надаються учасниками пілотного проекту, що перебувають в управлінні міської ради, – 1,0;

для медичних послуг, які надаються учасниками пілотного проекту, що перебувають в управлінні районної ради, – 0,8;

3) коефіцієнт збалансованості бюджету, що розраховується за формулою, наведеною в додатку 3 до цього Порядку, не рідше одного разу на квартал.

11. Інші коригувальні коефіцієнти, що застосовуються до тарифів, передбачених цим Порядком, затверджуються МОЗ відповідно до закону.

12. Вартість медичних послуг амбулаторно-поліклінічної допомоги за місяць розраховується як $1/9$ розміру глобальної ставки на медичні послуги амбулаторно-поліклінічної допомоги.

13. Вартість медичних послуг стаціонарної допомоги за місяць визначається як сума $1/9$ розміру глобальної ставки на медичні послуги стаціонарної допомоги та добутку загальної кількості всіх пролікованих випадків за кожною ДСГ, про які подана інформація надавачем медичних послуг та до відповідного звіту НСЗУ не було подано заперечень чи зауважень, базової ставки та застосованих коригувальних коефіцієнтів.

Визначення ДСГ, до якої відноситься пролікований випадок, здійснюється НСЗУ за основним діагнозом з урахуванням проведених медичних процедур або хірургічних операцій, зазначених в карті пацієнта, який вибув зі стаціонару (далі – форма №066/о), відповідно до затвердженої МОЗ таблиці співставлення кодів ДСГ з кодами Міжнародної статистичної класифікації хвороб Десятого перегляду (МКХ-10) і Тимчасовим галузевим класифікатором медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій, затвердженим МОЗ.

14. Надавачі медичних послуг зобов'язані подавати НСЗУ таку інформацію:

не рідше ніж раз на тиждень зведену відомість про кількість пролікованих випадків за попередній тиждень, визначену, виходячи з кількості пацієнтів, які вибули зі стаціонару, що підтверджується

складеними в установленому законодавством порядку формами № 066/о, за формою, узгодженою між сторонами договору;

звіт в установленому договором порядку;

не рідше ніж раз на квартал до 20 числа місяця, наступного за звітним періодом, звіт про доходи та витрати закладу охорони здоров'я, що повинен містити інформацію, передбачену договором.

15. НСЗУ оплачує вартість наданих медичних послуг на підставі звітів надавачів медичних послуг відповідно до договору, в межах помісячних обсягів асигнувань на відповідний період.

16. У випадку перевищення вартості наданих медичних послуг за місяць над граничною сумою оплати за всіма договорам, неоплачений залишок підлягає сплаті НСЗУ у подальших звітних періодах в межах загальної суми помісячного обсягу асигнувань на відповідний період в частині, пропорційній до сум таких залишків за всіма договорами. При цьому, до тарифу для оплати неоплаченого залишку вартості послуг застосовуються коригувальні коефіцієнти, що підлягали застосуванню за період надання відповідних послуг.

17. У разі, якщо медичні послуги стаціонарної допомоги повністю або частково оплачуються за рахунок страхових виплат, інших бюджетних програм, розпорядником коштів за якими не є НСЗУ, або інших джерел, не заборонених законодавством, такі послуги оплачуються НСЗУ в частині, непокритій відповідними платежами. У такому разі надавач медичних послуг зобов'язаний надати НСЗУ разом зі звітом розрахунок частини вартості послуг, яка підлягає оплаті за договором, а також інформацію і документи щодо джерел та суми оплати наданих пацієнтам медичних послуг.

18. Надавачі медичних послуг за пілотним проектом мають право брати участь в інших пілотних проектах у встановленому законодавством порядку.

19. Витрати, пов'язані з відпуском лікарських засобів безоплатно і на пільгових умовах згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 17 серпня 1998 р. № 1303 "Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення за певними категоріями захворювань" (Офіційний вісник України, 1998 р., № 33, ст. 1241) та постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1301 "Про затвердження порядку забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів технічними та іншими засобами" (Офіційний вісник України 2009 р., № 94, ст. 3210) провадяться за рахунок відповідних асигнувань, що передбачаються державним та місцевими бюджетами на охорону здоров'я.

20. НСЗУ для визначення загальних орієнтовних цін договорів та замовлення послуг за договорами та розрахунку коригувальних коефіцієнтів згідно з цим Порядком використовуються дані щодо обсягів фінансування учасників пілотного проекту за рахунок коштів медичної субвенції, кількості та структури пролікованих ними випадків за попередні два роки згідно з інформацією, наданою учасниками пілотного проекту, департаментами охорони здоров'я та МОЗ, а також інформація стосовно ефективності лікування випадків в умовах стаціонару за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Додаток 1
до Порядку

Заклади охорони здоров'я, на базі яких реалізується пілотний проект, розмір глобальних ставок

№	Найменування комунального закладу охорони здоров'я	Код ЄДРПОУ	Глобальна ставка на медичні послуги амбулаторно-поліклінічної допомоги, тис. грн.	Глобальна ставка на медичні послуги стаціонарної допомоги, тис. грн.
1.	1-а міська клінічна лікарня	01999655	9 262	10 335
2.	2-а міська клінічна лікарня м. Полтави	01999721	3 166	6 768
3.	Комунальний заклад "3-я міська клінічна лікарня м. Полтави" Полтавської міської ради	01111581	1 912	4 591
4.	4-а міська клінічна лікарня м. Полтави	01999678	15 210	2 659
5.	5-а міська клінічна лікарня	01204377	-	3 852
6.	Дитяча міська клінічна лікарня м. Полтави	01999684	12 889	13 565
7.	Міський клінічний пологовий будинок	01999690	1 063	9 233
8.	КНМП "Кременчуцька перша міська лікарня ім. О. Т. Богаєвського"	01999613	3 262	11 220
9.	КНМП "Кременчуцька міська лікарня "Правобережна"	01204294	4 078	9 189
10.	КНМП "Лікарня інтенсивного лікування "Кременчуцька"	41318879	5 301	247
11.	КНМП "Лікарня відновного лікування"	01204147	122	3 982
12.	КНМП "Кременчуцька міська дитяча лікарня"	05385571	8 156	12 097
13.	КНМП "Кременчуцький перинатальний центр II рівня"	01999632	3 878	9 162
14.	КМП "Лікарня Придніпровська"	01111598	245	193
15.	Горішньоплавнівська міська лікарня	01999626	5 004	11 350
16.	Комунальна Лубенська центральна міська лікарня	01999388	10 458	13 479
17.	Великобагачанська центральна районна лікарня	01999201	3 046	4 816
18.	КНП "Гадяцька ЦРЛ"	01999218	9 520	9 240
19.	Глобинська центральна районна лікарня	01999224	7 532	7 453
20.	Гребінківська центральна районна лікарня	01999253	1 978	4 974
21.	Диканська центральна районна лікарня	01999265	4 130	2 555
22.	Зіньківська центральна районна лікарня Полтавської області	01999276	5 297	6 102

23.	КНП Карлівська ЦРЛ ім. Л.В. Радевича	01999299	5 796	5 657
24.	Кобеляцька центральна районна лікарня	01999307	5 568	7 921
25.	Козельщинська центральна районна лікарня	01999320	3 864	2 768
26.	Котелевська центральна районна лікарня	01999336	3 051	3 398
27.	Кременчуцька ЦРЛ	01999342	7 302	6 934
28.	Лохвицька центральна районна лікарня	01999359	7 442	7 155
29.	КНП "Машівська ЦРЛ" МРР ПО	01999394	3 410	3 062
30.	Миргородська центральна районна лікарня	01999402	7 150	16 243
31.	КНП "Новосанжарська ЦРЛ"	01999425	5 865	5 538
32.	Оржицька центральна районна лікарня	01999448	4 427	3 853
33.	Пирятинська центральна районна лікарня	01999460	3 368	6 571
34.	Полтавська центральна районна клінічна лікарня	01999477	10 417	11 585
35.	Решетилівська ЦРЛ Полтавської області	01999483	4 412	3 934
36.	Семенівська центральна районна лікарня	01999494	4 028	4 480
37.	Хорольська центральна районна лікарня	01999514	4 036	4 651
38.	Комунальний заклад "Чорнухинська центральна районна лікарня"	01999520	2 317	1 467
39.	КНП "Чутівська ЦРЛ"	01999537	4 378	3 463
40.	Шишацька центральна районна лікарня	01999543	1 983	4 183
41.	Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В.Скلیфосовського	01999106	7 367	68 584
42.	Полтавська обласна дитяча клінічна лікарня	01204348	5 233	13 220
43.	Обласна клінічна лікарня відновного лікування та діагностики з обласними центрами планування сім'ї та репродукції людини, медичної генетики	01999112	8 140	6 283
44.	Полтавський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер	02008968	3 823	1 713
45.	Полтавська обласна клінічна інфекційна лікарня	01999661	-	8 029
46.	Полтавський обласний наркологічний диспансер	01984151	8 882	-
47.	Кременчуцький обласний наркологічний диспансер	13961403	4 683	-
48.	Лубенський обласний наркологічний диспансер	26435008	1 673	-
49.	3-а міська клінічна поліклініка м. Полтави	01999595	8 102	-
50.	Міська дитяча клінічна стоматологічна поліклініка	01204394	3 812	-
51.	КНП "Міська дитяча стоматологічна поліклініка"	01204236	2 854	-
52.	Лубенська міська комунальна стоматологічна поліклініка	05506589	4 116	-

53.	Горішньоплавнівська міська стоматологічна поліклініка	24832478	2 589	-
54.	Кременчуцький обласний шкірно-венерологічний диспансер	01204207	3 068	-
55.	Лубенський обласний шкірно-венерологічний диспансер	26434977	1 383	-
56.	КНМП «Кременчуцький міський стоматологічний центр»	42631629	4 495	-

Додаток 2
до Порядку

Вагові коефіцієнти ДСГ

Код ДСГ	Назва ДСГ	Ваговий коефіцієнт ДСГ
1	Інфекції та їх наслідки	0,980
2.1	Злоякісні або неуточнені новоутворення	1,135
2.2	Новоутворення in situ	0,965
2.3	Доброякісні новоутворення	0,795
3.1	Хвороби крові і кровотворних органів	2,007
3.2	Аліментарні анемії	0,795
4.1	Хвороби ендокринної системи	0,681
5.1	Розлади психіки та поведінки	0,263
6.1	Хвороби нервової системи	1,330
7.1	Очні хвороби	0,568
7.2	Хвороби вуха, горла, носа та верхніх дихальних шляхів	0,568
9.1	Хвороби судин	0,908
9.2	Хвороби системи кровообігу	0,898
10.1	Хвороби органів дихання	0,681
11.1	Хвороби органів травлення	0,681
11.2	Хвороби гепатобіліарної системи та підшлункової залози	0,681
12.1	Хвороби шкіри, підшкірної клітковини та молочної залози	0,341
13.1	Хвороби кістково-м'язової системи	1,022
14.1	Хвороби сечової системи	1,223
14.2	Чоловічі хвороби	0,681
14.3	Жіночі хвороби	1,247
15.1	Вагітність з розродженням	1,703
15.2	Вагітність з абортним наслідком	0,613
15.3	Вагітність без розродження	1,511
16.1	Стани перинатального періоду	3,368
17.1	Вроджені аномалії (вади розвитку)	1,135
18.1	Симптоми, не класифіковані в інших	0,385

19.1	Травми та їх ускладнення	0,985
19.2	Опіки / відмороження	1,239
19.3	Отруєння	0,477
20.1	Зовнішні причини захворюваності та смертності	0,396
21.1	Фактори, що впливають на стан здоров'я населення	0,415
7A.1	Операції на нервовій системі	2,565
7B.1	Операції на ендокринній системі	1,374
7C.1	Очні операції	0,738
7D.1	Отоларингологічні операції	0,965
7E.1	Операції на голові, верхній та нижній щелепах	1,162
7F.1	Операції на серці та грудному відділі аорти	6,117
7G.1	Операції на органах грудної клітки	2,631
7H.1	Операції на грудній залозі	1,745
7J.1	Операції на травній системі	1,438
7J.2	Операції на гепатобіліарній системі та підшлунковій залозі	1,464
7K.1	Операції на органах сечовидільної системи	1,599
7K.2	Операції на чоловічих статевих органах	1,097
7L.1	Гінекологічні операції	1,828
7N.1	Операції на кістково-м'язовій системі	1,986
7P.1	Операції на артеріальних судинах, 1	2,127
7P.2	Операції на венозних судинах та лімфатичній системі, 2	1,067
7S.1	Операції на шкірі та підшкірній клітковині	0,795
7Z.1	Операції на черевній стінці, порожнині очеревинного простору, заочеревинному просторі та промежині	1,444

Формула розрахунку коефіцієнта збалансованості бюджету

$$BRC_{plan} = \frac{Bud_{total} - Bud_{act}}{\sum(Cases_{plan}) \times CMI_{plan} \times AHLC_{plan}} \times \frac{1}{BR_{act}},$$

де

BRC_{plan} – коефіцієнт збалансованості бюджету для поточного звітного періоду;

Bud_{total} – добуток запланованої кількості медичних послуг стаціонарної допомоги за всіма договорами протягом всього строку дії договорів, базової ставки і застосовних коригувальних коефіцієнтів;

Bud_{act} – добуток кількості наданих медичних послуг стаціонарної допомоги за всіма договорами у попередніх звітних періодах, базової ставки і застосовних коригувальних коефіцієнтів;

$Cases_{plan}$ – запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги у поточному та подальших звітних періодах за всіма договорами;

CMI_{plan} – запланований середній індекс структури випадків;

$AHLC_{plan}$ – запланований середній коефіцієнт рівня стаціонару;

BR_{act} – добуток базової ставки та застосовного коефіцієнта збалансованості бюджету у попередньому звітному періоді.

При цьому:

1) добуток кількості наданих медичних послуг стаціонарної допомоги за всіма договорами у попередніх звітних періодах, базової ставки і застосовних коригувальних коефіцієнтів розраховується за формулою:

$$Bud_{act} = \sum_p Cases_{act_i_h_p} \times RW_i \times HLC_h \times BR_{act_p},$$

де

Bud_{act} – добуток кількості наданих медичних послуг стаціонарної допомоги за всіма договорами у попередніх звітних періодах, базової ставки і застосовних коригувальних коефіцієнтів;

$Cases_{act_i_h_p}$ – кількість пролікованих випадків за ДСГ i надавачем рівня стаціонару h за всіма договорами у звітному періоді p ;

RW_i – застосовний ваговий коефіцієнт ДСГ i для кожного пролікованого випадку;

HLC_h – застосовний коефіцієнт рівня стаціонару h для кожного пролікованого випадку за ДСГ i ;

BR_{act_p} – добуток базової ставки та застосовного коефіцієнта збалансованості бюджету у відповідному звітному періоді p ;

2) запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги у поточному та подальших звітних періодах за всіма договорами розраховується за формулою:

$$Cases_{plan} = \frac{Cases_{total} \times Per_{plan}}{Per_{total}},$$

де

$Cases_{plan}$ – запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги у поточному та подальших звітних періодах за всіма договорами;

$Cases_{total}$ – запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги за всіма договорами протягом усього строку договорів;

Per_{plan} – кількість місяців в поточному та подальших звітних періодах до кінця строку договорів;

Per_{total} – загальна кількість місяців строку договорів;

3) запланований середній індекс структури випадків розраховується за формулою:

$$CMI_{plan} = \frac{\sum Cases_{plan_i} \times RW_i}{Cases_{plan}},$$

де

CMI_{plan} – запланований середній індекс структури випадків;

$Cases_{plan_i}$ – запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги, визначена в договорі i для поточного та подальших періодів;

RW_i – запланований середній індекс структури випадків, визначений в договорі i ;

$Cases_{plan}$ – запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги у поточному та подальших звітних періодах за всіма договорами;

4) запланований середній коефіцієнт рівня стаціонару розраховується за формулою:

$$AHLC_{plan} = \frac{\sum Cases_{plan_h} \times HLC_h}{\sum Cases_{plan}},$$

де

$AHLC_{plan}$ – запланований середній коефіцієнт рівня стаціонару;

$Cases_{plan_h}$ – запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги у поточному та подальших звітних періодах за всіма договорами відповідно до рівня стаціонару h ;

HLC_h – запланований коефіцієнт рівня стаціонару h для відповідної запланованої кількості медичних послуг стаціонарної допомоги у всіх договорах відповідно до рівня стаціонару h ;

$Cases_{plan}$ – запланована кількість медичних послуг стаціонарної допомоги у поточному та подальших звітних періодах за всіма договорами.

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів
України від 2019 р. №

ПОРЯДОК
використання коштів, передбачених у державному бюджеті для
проведення пілотного проекту з реалізації державних гарантій
медичного обслуговування населення за програмою медичних
гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у
Полтавській області

1. Цей Порядок визначає механізм використання коштів, передбачених у державному бюджеті за бюджетною програмою “Пілотний проект з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області” (далі – бюджетні кошти).

2. Бюджетні кошти використовуються з метою оплати надання пацієнтам медичних послуг, пов’язаних із вторинною (спеціалізованою) медичною допомогою (далі – медичні послуги), згідно з Порядком проведення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області (далі – Порядок).

3. Головним розпорядником бюджетних коштів є МОЗ.

4. Розпорядником бюджетних коштів нижчого рівня та відповідальним виконавцем бюджетної програми є НСЗУ.

5. Бюджетні кошти спрямовуються на оплату медичних послуг, визначених в Порядку, відповідно до договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, укладеного з НСЗУ (далі – договір).

6. Оплата медичних послуг за договором здійснюється на рахунки надавачів медичних послуг на підставі звітів. Порядок та строки подання звітів, інформація, що включається до них, визначається договором.

7. Оплата медичних послуг здійснюється за тарифом із застосуванням коригувальних коефіцієнтів відповідно до Порядку та договору.

8. Розпорядник бюджетних коштів на підставі договорів може здійснювати попередню оплату за медичні послуги відповідно до законодавства.

9. Ведення бухгалтерського обліку, відкриття рахунків, реєстрація, облік бюджетних зобов'язань в органах Казначейства та проведення операцій, пов'язаних з використанням бюджетних коштів, здійснюються НСЗУ в установленому законодавством порядку.

10. Складання та подання фінансової і бюджетної звітності про використання бюджетних коштів, а також контроль за їх цільовим витрачанням здійснюються в установленому законодавством порядку.